

LETTERA DI IMPEGNO

SCHEDA DI ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICO FISICHE DI AUTONOMIA

COGNOME:..... NOME:.....
 NATO/A IL
 RESIDENTE A: VIA N.....

VALUTAZIONE DA PARTE DEL MEDICOCURANTE AL MOMENTO DELLA DOMANDA

CONDIZIONI GENERALI ATTUALI	BUONE	MEDIOCRI	GRAVI
E' IN GRADO DI COLLABORARE		SI	NO
MOBILITA'			
Può salire e scendere le scale		SI	NO
Può camminare autonomamente		SI	NO
Può camminare con protesi		SI	NO
Si sposta in carrozzella?		SI	NO
ALIMENTAZIONE			
Mangia autonomamente?		SI	NO
Necessita di imboccamento?		SI	NO
Si alimenta tramite SNG/PEG		SI	NO
E' in nutrizione parenterale?		SI	NO
IGIENE PERSONALE			
Si lava autonomamente?		SI	NO
Necessita di aiuto?		SI	NO
Necessita di aiuto solo per il bagno?		SI	NO
Utilizza in autonomia i servizi igienici?		SI	NO
Utilizza con aiuto i servizi igienici?		SI	NO
INCONTINENZA URINARIA		SI	NO
INCONTINENZA FECALE		SI	NO



LETTERA DI IMPEGNO

COMUNICAZIONE

Parla?	SI	NO
Comprende?	SI	NO
Legge?	SI	NO
Scrive?	SI	NO
Presenta Ipvovisus?	SI	NO
Presenta cecità	SI	NO
Presenta ipoacusia	SI	NO
Presenta sordità	SI	NO

VESTIZIONE autonoma	SI	NO
VESTIZIONE con aiuto	SI	NO

PSICHE INTEGRA	SI	NO
----------------	----	----

DEMENZA	SI	NO
---------	----	----

(se presente definire la tipologia)

.....

DELIRI	SI	NO
AGITAZIONE PSICO-MOTORIA	SI	NO

Presenza lesioni da decubito	SI	NO
------------------------------	----	----

Se presenti specificare:

STADIO

NUMERO LESIONI

AREA

VASTITA' (cm)

PROFONDITA' (mm.)

Ossigenoterapia	SI	NO
-----------------	----	----

(se presente riportare i tempi di erogazione)

.....

Altre indicazioni cliniche e terapeutiche

.....

Data : _____

Firma MMG